

Este trabalho se destacou no VI Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ2017). O Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ) é um evento anual que reúne representantes da comunidade científica internacional a trabalhar nesta área de investigação.

Como citar este artigo: Andrade, A. C. M., Otani, M. A. P., Higa, E. F. R., Marin, M. J. S., & Caputo, V. G. Cuidado multiprofissional em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde. 2018;7(1):60-71. doi: 10.17267/2317-3394rpsds.v7i1.1846



## Cuidado multiprofissional em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral

### Multiprofessional care in a psychiatric unit of general hospital

Ana Carolina Melo Andrade<sup>1</sup>, Márcia Aparecida Padovan Otani<sup>2</sup>, Elza de Fátima Ribeiro Higa<sup>3</sup>,  
Maria José Sanches Marin<sup>4</sup>, Valéria Garcia Caputo<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília. São Paulo. Brasil. ORCID 0000-0001-5538-1259. ana.c.andrade95@hotmail.com

<sup>2</sup>Autora para correspondência. Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília. São Paulo. Brasil.

ORCID 0000-0001-9540-4996. mpadovanotani@gmail.com

<sup>3</sup>Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília. São Paulo. Brasil. ORCID 0000-0001-5272-9597. hirifael@gmail.com

<sup>4</sup>Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília. São Paulo. Brasil. ORCID 0000-0001-6210-6941. marnadia@terra.com.br

<sup>5</sup>Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília. São Paulo. Brasil. ORCID 0000-0002-4763-5527. vgcaputo@yahoo.com.br

**Resumo | Introdução:** As atuais políticas de saúde mental propõem novas abordagens às pessoas com transtorno mental, dentre elas, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), cuja finalidade é organizar o cuidado de acordo com as necessidades e o contexto social de uma pessoa ou de grupos. **Objetivo:** analisar como é organizado o cuidado aos pacientes internados em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral à luz do conceito de PTS. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizado por meio de entrevistas com 14 profissionais de saúde da referida unidade. A análise dos dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo Temática. **Resultados:** As categorias identificadas foram: as vicissitudes do trabalho em equipe, destacando-se o cuidado integral, os desafios do trabalho em equipe; relação entre o PTS e o cuidado desenvolvido e; sugestões para melhorar o cuidado aos pacientes, em que enfatizou-se a necessidade de investimento em recursos humanos e físicos, melhora do processo de trabalho em equipe e maior integração dos serviços da rede de atenção psicossocial. **Considerações finais:** Conclui-se que os entrevistados valorizam o trabalho em equipe, não contando com o apoio institucional para resolverem problemas. O estudo revela a necessidade de estratégia sugerindo-se a educação permanente para a capacitação dos profissionais, motivando-os para o trabalho interdisciplinar por meio da própria prática.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Cuidado em Saúde. Política de Saúde. Integralidade do cuidado.

**Abstract | Introduction:** The currently mental health policies have been created which propound new approaches to people with mental disorders and, among them, we have the Unique Therapeutic Project (PTS) which goal is organize care according to the needs and social context of a person or groups. **Goal:** Analyze how care is organized for patients hospitalized in a psychiatric unit of a general hospital in light of the PTS concept. **Method:** This is an exploratory study with qualitative approach, carried out through interviews with 14 health professionals of this unit. Data analysis was conducted using Thematic Content Analysis. **Results:** The categories identified were: the vicissitudes of teamwork, encompassing integral care and the challenges of teamwork; relationship between the PTS and the care developed and suggestions to improve patient care, highlighting the need for investment in human and physical resources, improvement of teamwork process, and greater integration of psychosocial care network services. **Final considerations:** It was concluded that the interviewees appreciate teamwork, although without institutional support to solve problems. The study reveals the need for training of professionals motivating them towards interdisciplinary through their own practice.

**Keywords:** Mental health, Health Care, Health Policy, Integrity of care.

## Introdução

Até alguns anos atrás, as pessoas com transtornos mentais eram retiradas do convívio social, consideradas como sujeitos desprovidas de direitos e sem possibilidades de decidir sobre a própria vida. A Constituição Federal de 1988, o movimento da Reforma Sanitária e o movimento social que resultou na Reforma Psiquiátrica do Brasil abriram novos horizontes para essa questão (Ministério da Saúde, 2017a), intensificando as críticas e propondo mudanças no tratamento, baseado, até então, no tratamento moral, desumanizado, violento e com ações radicais, sem consideração aos direitos humanos (Lancetti & Amarante, 2013).

Assim, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que reconhece o direito à saúde e busca o redirecionamento do modelo assistencial, a Reforma Psiquiátrica impulsionou a criação da Política Nacional de Saúde Mental Lei n. 10.216 (2001) com a finalidade de superar o modelo de internações de longa permanência que isolam a pessoa do convívio com a família e sociedade; e garantir o cuidado à pessoa com transtorno mental em serviços de saúde substitutivos ao hospital psiquiátrico, oferecendo novas modalidades de tratamento, como os centros de atenção psicossocial (CAPS), os serviços residenciais terapêuticos, os centros de convivência e cultura, as unidades de acolhimento e os leitos psiquiátricos em hospitais gerais (Ministério da Saúde, 2003a).

A mudança de modelo manicomial para o modelo de atenção psicossocial é apresentada como uma forma de pensar e agir frente à pessoa com doença mental que vem se consolidando por meio das recentes experiências práticas nos serviços de saúde (Costa-Rosa, 2000). Salienta-se que o verdadeiro sentido do Modelo de Atenção Psicossocial refere-se às mudanças na concepção sobre saúde e doença mental, os meios de trabalho e intervenção, a forma de organização dos serviços, e o modo de relacionamento com os usuários, além das implicações éticas das práticas profissionais. A partir dessas premissas, no contexto da reforma psiquiátrica, surgiram os primeiros projetos terapêuticos, que foram ganhando importância e sendo incorporados ao campo da saúde coletiva, como um indicativo de qualidade da assistência. (Ministério da Saúde, 2015, Kinker, 2016).

Em 2003, frente à necessidade de realizar a atenção em saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) como política transversal ao SUS que perpassa por diferentes ações, políticas públicas e instâncias gestoras. A PNH recomenda a utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual é compreendido como uma forma de cuidado organizado por ações conjuntas planejadas por uma equipe multidisciplinar, levando em conta a singularidade do usuário, considerando suas necessidades e o contexto social em que faz parte, com ativação de recursos exteriores (Ministério da Saúde, 2015).

O PTS conta com grande potencial para mudar a prática da clínica tradicional, rumo à clínica ampliada. Consiste em uma discussão de caso prospectivo em equipe, que acolhe a contribuição dos diversos profissionais. Tem como objetivo a revisão do diagnóstico, nova avaliação de riscos e redefinição das linhas de intervenção terapêutica, com a clara definição das tarefas de cada profissional (Campos, 2012).

Seguindo o caminho no sentido de criar estratégias para a implementação de um novo modelo de atenção em saúde, desde 2011, o Ministério da Saúde dedica-se à implantação das Redes de Atenção à Saúde, que tem como características principais: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (Ministério da Saúde, 2014).

Dentre outras redes temáticas, temos a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituída pelos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde (Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Consultório na rua, Centros de Convivência), Atenção Psicossocial Estratégica (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS), Atenção de Urgência e Emergência (Unidade de Pronto Atendimento, Pronto Socorro, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento),

Atenção Hospitalar (leitos de saúde mental em hospital geral), Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa) e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de geração de trabalho e renda e participação dos usuários e familiares) (Ministério da Saúde, 2014).

As mudanças ocorridas até aqui e o incentivo às novas práticas no campo da saúde representam um avanço significativo na construção de um novo modelo de atenção em saúde. Mais especificamente na área de saúde mental, é inegável os avanços que a reforma psiquiátrica proporcionou até o momento na organização e concepção dos serviços de saúde mental, considerando que houve o redirecionamento da atenção em saúde mental para uma rede de cuidados extra-hospitalares, com base no território (Ministério da Saúde, 2003b). No entanto, a reforma da atenção em saúde mental está em processo e necessita de continuidade, visto que a criação de leis e políticas não garante a sua efetivação e vivenciamos ainda o processo de mudança de modelo.

Atualmente, os serviços psiquiátricos comunitários, assim como os recursos financeiros nos serviços existentes são insuficientes e há falta de profissionais qualificados para atuação neste novo modelo de atenção. Dentre as principais dificuldades encontradas na rotina dos serviços de saúde mental estão a distorção entre a teoria e a prática acerca do novo modelo e a falta de aplicabilidade do PTS (Carvalho, Moreira, Rézio, & Teixeira, 2012). Para os autores Dorigatti et al. (2014) o grande desafio está no envolvimento de toda a equipe no PTS, como uma forma de organização da assistência que possibilita momentos de escuta ao paciente e orientação terapêutica de acordo com suas demandas.

Levando em conta a necessidade de conhecimento acerca do funcionamento e efetividade dos serviços de saúde mental e reconhecendo a importância do planejamento e implementação do cuidado pelos profissionais de saúde para que se desenvolva uma assistência integral aos pacientes, este estudo pretende responder a seguinte questão: Como a equipe organiza o plano de cuidados aos pacientes internados para tratamento psiquiátrico

em um hospital geral? Tem-se como pressuposto que os profissionais valorizam e compreendem a importância do trabalho em equipe, entretanto a pouca interação entre os mesmos dificulta a efetivação do PTS.

O objetivo deste estudo é analisar como se dá a organização do cuidado aos pacientes internados em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral à luz do conceito de PTS.

## Método

### Tipo de estudo

O estudo é exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Essa abordagem é adequada ao estudo, visto que auxilia na clarificação de processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, contribui na revisão e construção de novos conceitos e categorias ao longo da investigação e é caracterizado pela empiria e por sua sistematização crescente de conhecimento até seu entendimento da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (Minayo, 2013).

### Local

O estudo foi realizado em uma unidade de internação psiquiátrica de um Hospital Geral, localizado NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]. A referida unidade foi criada em 1989 com o propósito de atender pacientes em surto psicótico agudo que necessitam de internação de curta permanência. São internados, preferencialmente, pacientes que se encontram no início da doença, que possuem apoio/suporte familiar e aqueles que necessitam de acompanhamento clínico. Atualmente conta com 16 leitos, atendendo pessoas de ambos os sexos que são encaminhadas para internação exclusivamente pelo Serviço de Pronto Socorro e ambulatório de saúde mental da mesma instituição. Possui uma equipe fixa composta por dois médicos psiquiatras, quatro enfermeiros, um psicólogo, um assistente social, um terapeuta ocupacional, oito auxiliares/técnicos de enfermagem. Além destes, a unidade de internação psiquiátrica conta com a participação de estudantes de graduação e pós-

graduação, denominados como equipe móvel, que utilizam este cenário como campo de ensino-aprendizagem. Recebe estudantes do 5º ano de graduação em medicina, do Programa de Residência Médica em Psiquiatria, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

### Participantes do estudo

A população do estudo é composta pelos profissionais que atuam no referido serviço. O estudo abrangeu a totalidade da população e obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: a) profissionais de saúde da equipe, com formação universitária em diversas áreas contratados pela instituição; b) profissionais de saúde, com formação universitária que realizam em estágio na referida unidade no período da coleta de dados.

Foram entrevistados 14 profissionais de saúde e, dentre eles, cinco são profissionais da equipe com contrato de trabalho com a instituição (duas enfermeiras, uma médica, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional) e nove são profissionais do programa de residência, sendo que cinco são do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental (duas enfermeiras, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga) e quatro são do Programa de Residência Médica em Psiquiatria e Saúde Mental (quatro médicos). A grande maioria dos entrevistados é do sexo feminino, com apenas um do sexo masculino. A idade dos entrevistados varia entre 22 a 54 anos, sendo que 57% se encontram com idade abaixo de 30 anos. O tempo de formação na graduação e de atuação na área de saúde mental varia de um mês a 30 anos.

### Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada, sendo essa definida como a entrevista que “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagação formulada” (Minayo, 2013). O roteiro de entrevista elaborado contém informações relativas aos dados sócio-demográficos e perguntas abertas com o objetivo de investigar como ocorre o planejamento e a implementação

do cuidado neste serviço e a associação que estabelecem entre este e o PTS. Além disso, as autoras também utilizaram a observação do campo de estudo, permanecendo na unidade com vistas a captar a rotina de atendimento ao paciente com foco nas ações de cuidado realizadas pela equipe.

### Procedimentos de coleta de dados

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho, em datas e horários previamente combinados. Foram gravadas em áudio para posterior transcrição na íntegra e tiveram duração média de 25 minutos.

A pesquisa foi realizada em conformidade com Resolução nº 466 (2012), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, assegurando seus direitos e deveres, na qual deve ser submetida ao sistema do Conselho de Ética em Pesquisa (CEP). Foi iniciada somente após autorização da Diretoria Clínica da instituição e a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), com nº do Parecer: 1.412.086 e CAAE: 50936515.0.0000.5413. A entrevista foi realizada após o fornecimento das informações referentes ao objetivo do estudo, a livre opção entre participar ou não, sem qualquer prejuízo em seu trabalho e após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### Procedimento de análise dos dados

Para a análise dos dados utilizou-se os pressupostos da Análise de Conteúdo, na modalidade temática. De acordo com Minayo (2013) a análise de conteúdo aprofunda-se na interpretação das falas, depoimentos e documentos, relacionando com as características e significados das variáveis psicossociais e contexto cultural. Durante a análise foram percorridas as etapas descritas por Bardin (2012): Inicialmente, a pré-análise, em que foi realizada a leitura flutuante e exaustiva de todo material coletado; Para realização da segunda etapa, chamada de exploração do material, foi utilizada a proposta de Silva e Fossá (2015) que consiste na codificação dos dados, por meio do desmembramento do texto e agrupamento analógico, com divisão em categorias iniciais (trechos selecionados das falas dos entrevistados e

nomeação das mesmas, juntamente com o conceito teórico norteador), categorias intermediárias (emergem das iniciais e inclui a subjetividade do pesquisador para nomear as categorias) e categorias finais (representam a síntese do aparato das significações identificadas no decorrer da análise e são apresentadas nos resultados deste estudo) e; por fim, a inferência e a interpretação a partir do tratamento dos resultados obtidos, respaldadas pelo referencial teórico.

## Resultados

Inicialmente apresenta-se uma caracterização dos entrevistados e a seguir a descrição das categorias identificadas no processo de análise das entrevistas. Os participantes foram identificados com a letra E, de entrevistados, seguido do número correspondente à ordem das entrevistas.

**Tabela 1.** Caracterização dos participantes da pesquisa, segundo idade, sexo, profissão, tempo de atuação na área de saúde mental e tempo de formação.

	Idade	Sexo	Profissão	Tempo de Atuação S.M.	Tempo de formação
E1	23 a	F	Enfermeira	1 ano	1 ano
E2	29 a	F	Médica	1 mês	2 anos
E3	28 a	M	Médico	1 mês	1 ano
E4	41 a	F	Enfermeira	10 anos	16 anos
E5	37 a	F	Enfermeira	15 anos	15 anos
E6	30 a	F	Médica	1 mês	6 anos
E7	48 a	F	Assistente Social	8 anos	17 anos
E8	28 a	F	Enfermeira	1 mês	1 mês
E9	22 a	F	Terapeuta Ocupacional	1 mês	1 mês
E10	34 a	F	Terapeuta Ocupacional	13 anos	14 anos
E11	24 a	F	Psicóloga	1 mês	1 mês
E12	29 a	F	Assistente Social	3 anos	5 anos
E13	25 a	F	Médica	1 mês	1 mês
E14	54 a	F	Médica	30 anos	30 anos

Com base nas observações dos pesquisadores e nas informações dos membros da equipe, a rotina de cuidado aos pacientes internados na referida unidade ocorre da seguinte forma: após a admissão, um profissional médico realiza a coleta de dados (história clínica) com o próprio paciente e/ou um familiar. Durante a semana, de segunda a quinta-feira, ocorrem reuniões com a duração de uma hora e meia, que contam com a participação de todos os membros da equipe, incluindo auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, com o objetivo de socializar os dados coletados de cada paciente e planejar o cuidado ao mesmo e à sua família, definindo as ações comuns à equipe e as específicas de cada profissional. Os pacientes internados são divididos igualmente para as duas médicas assistentes e as reuniões sob a coordenação das mesmas, ocorrem duas vezes na semana para cada uma. De acordo com as necessidades dos pacientes o plano é revisto diariamente. Nessas reuniões todos os membros opinam sobre as condições do paciente e juntos planejam o dia-a-dia do cuidado.

Durante a análise das entrevistas foram identificadas as seguintes categorias temáticas: 1) as vicissitudes do trabalho em equipe, onde destacam-se o cuidado integral, os desafios do trabalho em equipe, incluindo a falta de profissionais e a estrutura física inadequada; 2) Relação estabelecida entre o PTS e o cuidado desenvolvido e; 3) Sugestões para melhorar o cuidado aos pacientes, em que destacou-se a necessidade de investimento em recursos humanos e físicos, melhora do processo de trabalho em equipe e maior integração dos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial.

### As vicissitudes do trabalho em equipe

Os participantes afirmam que os pontos positivos do plano de cuidado realizado estão ligados diretamente à abordagem em equipe multiprofissional, como é possível observar nos relatos das entrevistas:

*“Eu acho positivo a maneira como isso é feito aqui, porque todo mundo opina, todo mundo interfere, é uma coisa bem multidisciplinar.” (E3)*

*“De positivo, vejo justamente essa participação, por ser todos, todos terem voz para ajudar na terapêutica do paciente, não é só focada em uma profissão, mas sim em todas.” (E8)*

*“Eu acho que é muito mais eficaz, do que qualquer outro tipo de visita que eu tenha passado, porque a visão de muitos profissionais é muito boa, então a gente tem uma amplitude grande, a gente consegue ver como cada um enxergou o paciente. [...] o tempo de internação na psiquiatria é longo, mas seria muito maior e mais difícil se não fosse dessa forma. Encarar o paciente só na visão médica, com prescrição não funciona, o remédio não dá conta, então a gente tenta no máximo otimizar. Então acho que o maior aspecto positivo é a reunião ser multiprofissional.” (E13)*

Observa-se que além da abordagem multiprofissional relatada pelos participantes, é também evidente a valorização do trabalho em equipe para realizar o cuidado integral para o paciente internado. Este é outro aspecto observado nos depoimentos:

*“[...] não temos só a visão clínica de um médico - se você está dormindo bem, se precisa aumentar ou diminuir dose de medicação - mas também de todo um contexto, vemos o paciente como um todo. Então, posso falar como ele está emocionalmente, como ele está para ser internado ou para receber alta, como está a vida ocupacional dessa pessoa, se ela trabalha se ela não trabalha, porque acho muito importante não apenas abordar como ele está só no momento de crise, mas como ele é em todo o contexto de vida dele.” (E9)*

*“É uma forma de dividir responsabilidades com todos os envolvidos no cuidado, todos os profissionais da equipe, todos os usuários, todos os pacientes, todos os familiares e muitas vezes quando ele é de um outro serviço, é uma forma também de aproximar esses outros cenários, não só da saúde mental, mas de outros serviços de atenção e aí a gente acaba dividindo mesmo, todos os compromissos, todas as reuniões, todas as responsabilidades em prol desse cuidado.” (E10)*

Os participantes relataram também alguns pontos negativos na organização do cuidado, relacionando-os à dificuldade do trabalho em equipe, à escassez de

recursos humanos, à inadequação da estrutura física local, diversidade de pacientes e à descontinuidade do cuidado. Com relação ao trabalho em equipe, os participantes levantam aspectos referentes à imposição de ideias por membros da equipe e a falta de organização do tempo dos profissionais. O descumprimento das regras pré-estabelecidas e as divergências entre os membros da equipe também são fatores que dificultam o trabalho, como pode ser observado nos seguintes relatos:

*“Às vezes, na reunião, algum profissional tentava fazer com que a opinião dele fosse imposta em relação ao cuidado, ele achava que era melhor fazer “tal coisa” e o resto da equipe discordava. Ele “martelava” naquela opinião e acontecia aquilo. Esse era um ponto que me deixava um pouco desgostosa com relação a essa reunião, mas não era sempre que isso acontecia, dependia do caso.” (E1)*

*“Às vezes, quando a equipe toda não participa da reunião, sai alguma coisa fora do que foi planejado, então nesse caso, é ruim para o paciente. Por exemplo, uma questão de quebra de regras mesmo, era decidido algum tipo de cuidado que era para seguir, alguém que não participou da reunião, ia lá e quebrava aquela regra e deixava o paciente confuso com relação ao o que era determinado e o que não era.” (E1)*

*“[...] não é fácil trabalhar em uma equipe onde você tem que lidar com as especificidades da formação de cada um, lidar com as particularidades de cada um, [...] dependendo dos momentos mais disfuncionais da equipe, isso acaba influenciando no projeto terapêutico e no paciente. Então o planejamento deixa de ser terapêutico e tem consequências para o paciente.” (E14)*

Os participantes destacaram ainda a escassez de recursos humanos e problemas na estrutura física da unidade de internação, o que, conseqüentemente, dificulta o cuidado e organização da unidade, como é possível identificar no seguinte relato:

*“[...] não tem ambiente físico adequado, [...] eu acho que aqui é pequeno, poderia ter um espaço para eles serem mais controlados. Às vezes o portão fica aberto, mas a gente tem a questão do risco de fuga. [...] o número de profissionais é limitado para o cuidado aos pacientes, não só em aspectos de higiene, mas de atenção, de observação, que às vezes fica um pouco*

*falho. Não tem recurso para manter mais funcionários, então a gente se depara com várias barreiras estruturais.” (E2)*

Outro aspecto citado nas entrevistas é em relação à internação de pacientes de ambos os sexos e diferentes faixas etárias, englobando crianças, adolescentes, adultos e idosos. Desde sua criação, a unidade de psiquiatria não estabelece limites de idade para internação e considera os critérios já citados anteriormente. De acordo com os depoimentos esse fato prejudica o cuidado.

*“[...] a divisão da enfermaria em adulto, criança e adolescente são perfis muito diferentes e acabam conturbando, atrapalhando, muitas vezes, o plano terapêutico dos pacientes. A movimentação, a agitação com muita criança junto, é muito difícil de controlar o ambiente.” (E2)*

A descontinuidade do cuidado após a alta hospitalar foi relatada pelos participantes como um aspecto que dificulta o cuidado aos pacientes após a alta hospitalar. Compreendem que o trabalho em equipe e a comunicação entre os serviços não são eficientes, tendo como consequência a desarticulação dos serviços de saúde que compõe a rede de cuidados para a realização de um cuidado mais abrangente para o paciente:

*“[...] outro aspecto que eu considero negativo é a desarticulação da rede de atenção, não só de atenção à saúde mental, mas dos outros serviços. A gente aqui atende pacientes de 62 municípios e, muitas vezes, já tentou contato no serviço de fora daqui e aí eles não conseguem se organizar, não tem disponibilidade para fazer uma reunião, para discutir o projeto do paciente, muitas vezes o paciente volta, por causa dessa desarticulação.” (E10)*

### **Relação entre o PTS e o cuidado desenvolvido**

A análise das entrevistas permitiu constatar que os participantes possuem diferentes aproximações com o conceito de PTS, sendo que parte deles desconhecem o significado do termo. Os participantes que possuem apropriação do conceito relataram diversas ações que se aproximam do que é proposto pelo Ministério da Saúde para a realização PTS. O

ponto mais enfatizado foi a forma de cuidado ao paciente, com destaque ao olhar humanizado:

*“Ele (o cuidado) se parece mesmo, por causa desse cuidado com o paciente, de estar no dia-a-dia e ser assistido aqui 24 horas, seja pela equipe da enfermagem ou outros profissionais que estão aqui para dar suporte e cuidado ao paciente.” (E12)*

*“[...] eu acho que se aproxima quando nós conseguimos visualizar os aspectos mais amplos da vida do paciente, e quando a gente consegue fazer isso de uma maneira mais unidirecional.” (E3)*

Quanto aos aspectos que distanciam a organização do cuidado no local estudado com a proposta do PTS, foram destacadas as falhas nos recursos humanos, a descontinuidade do cuidado após a alta e a dificuldade de trabalho em equipe, como citado anteriormente e reafirmado no seguinte relato:

*“[...] às vezes, a enfermagem não pode participar da reunião e ficam cuidando dos pacientes. (...) cada dia tem um enfermeiro diferente, então é difícil passar as informações para eles e acaba rompendo com o trabalho em equipe. Tinha que estar mais coeso e assim acaba sendo distante da proposta de uma equipe bem articulada.” (E11)*

### **Sugestões para melhorar o cuidado aos pacientes**

Os participantes fizeram algumas sugestões e apontaram estratégias para melhorar o cuidado, sendo essas relacionadas às dificuldades já descritas anteriormente, tais como: a) melhora dos recursos humanos: aumento do número de profissionais, com adequação e fixação dos profissionais de enfermagem na unidade; b) maior integração entre os profissionais da equipe: realização de Educação Permanente e reuniões de equipe com profissionais de todos os turnos para melhorar a comunicação; c) melhora do espaço físico: reforma na área externa para melhorar a segurança dos pacientes evitando o risco de fuga; d) estabelecimento do trabalho em rede de atenção em saúde: programar reuniões para melhorar a comunicação entre os serviços de saúde; e) realização de um plano de cuidados mais próximo do PTS: incorporar a participação do paciente nas decisões terapêuticas e; f) realizar um projeto de educação em saúde para os pacientes e os familiares.

## Discussão

No presente estudo, ao buscar analisar o cuidado ao portador de transtorno mental em uma unidade de destinada à internação, tendo como orientação teórica o PTS, pode se considerar como limite a possibilidade de extrapolação dos dados, visto que retrata o que ocorre em um local específico e com características próprias, a principal delas o fato de pertencer a um hospital escola e contar com profissionais residentes. Entretanto acredita-se que os seus resultados permitem reflexões gerais a respeito do cuidado a essas pessoas.

A análise das entrevistas revela que os participantes percebem o trabalho em equipe multiprofissional como essencial na organização do cuidado e reforçam o quanto isso auxilia no tratamento dos pacientes. Entretanto reconhecem as dificuldades que isso representa, visto que é necessário lidar com as diferenças, além da escassez de profissionais e estrutura física deficiente.

A PNH proporciona orientações teóricas e ferramentas que estimulam as transformações nas relações de trabalho, o que deve ocorrer a partir da ampliação da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-as do isolamento e das relações de poder hierarquizadas e defende que as diferentes especialidades e práticas de saúde também deve incluir a pessoa que está sendo cuidada e familiares, com vistas a promover a corresponsabilidade e garantir a continuidade das ações de forma eficaz (Ministério da Saúde, 2013b). Ao relacionar a prática na unidade de internação pesquisada com o conceito de PTS, observou-se que somente parte dos participantes possuem conhecimento sobre tal conceito, e destacaram que a relação está no modo de cuidar do paciente, com olhar mais ampliado para os diversos aspectos da vida, levando em conta a opinião dos profissionais de saúde que atuam junto ao paciente.

Nesta perspectiva, se observa que eles compreendem o cuidado para além dos aspectos biológicos e funcionais, entretanto, ainda, é preciso avanços mais consistentes para que a proposta do PTS seja desenvolvida na sua totalidade. O PTS significa muito mais do que um conjunto de estratégias e procedimentos estabelecidos pelos profissionais e

instituição. Ele é o próprio fazer junto aos usuários. É um processo de transformação em que todas as pessoas envolvidas são sujeitos e auxiliam no processo de cuidado, sejam eles, usuários, familiares, profissionais ou outras pessoas da rede social dos sujeitos. A efetividade do PTS, portanto, fica na dependência das transformações em curso, pois a mudança do usuário depende da mudança do profissional e dos outros atores sociais envolvidos (Kinker, 2016). Neste sentido a PNH reafirma que os novos processos de gestão e de cuidado não podem ser construídos por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada (Ministério da Saúde, 2017b).

O PTS é proposto para ser realizado em quatro etapas, que inicia com a elaboração de um diagnóstico situacional. Na segunda etapa, deve ocorrer um encontro com o usuário e família com vista a estabelecer as metas e ações para serem alcançadas de forma conjunta. Na terceira, ocorre a divisão das atividades que serão realizadas com o paciente e os profissionais e, em uma quarta etapa, ocorre a avaliação para saber se foi eficaz e se é preciso mudar algum ponto da assistência realizada (Campos, 2012).

Analisando a forma como ocorre a organização do cuidado aos pacientes internado, nota-se que os momentos do PTS são claramente definidos. A elaboração do diagnóstico situacional, ocorre com a realização da história clínica e a avaliação dos diferentes profissionais em relação ao paciente, durante a reunião para discussão de casos. Em tais reuniões, que ocorrem sistematicamente em datas e horários pré-determinados e contam com a participação de todos os profissionais que atuam na unidade de internação, é definido e reavaliado o plano de cuidados. As metas a serem alcançadas durante a internação são conversadas com o paciente e com a família durante o período de permanência no hospital, embora o compartilhamento do plano tenha sido apontado como uma sugestão para melhorar o cuidado aos pacientes.

Dentre as principais dificuldades e desafios na organização do cuidado, os participantes relataram a dificuldade de comunicação entre os membros da equipe, a falta de profissionais, estrutura física inadequada e ausência do trabalho em rede. Assim,

tem-se a constatação de que o PTS caminha entre avanços e desafios e que são necessários apoio e incentivo à equipe para o contínuo desenvolvimento.

A atuação dos membros de uma equipe de saúde depende da forma como cada um compreende o mundo, o homem, a sociedade, a saúde e a doença. Durante muitos anos, a atenção em psiquiatria foi guiada pela segregação do doente e pela hierarquia das profissões. É na tentativa de desconstrução desse modelo que surge os planos terapêuticos multidisciplinares, como essência da abordagem ampliada, capaz de tratar a pessoa com transtorno mental levando em conta toda sua complexidade, no entanto, frente às dificuldades e conflitos inerentes ao trabalho coletivo, observa-se que muitos profissionais buscam um terreno conhecido e acabam retornando à prática de ações previstas e puramente técnica (Fiorati & Saeki, 2012).

No presente estudo, os entrevistados apontam como principal desafio a ausência do trabalho em rede e à falta de integração entre os serviços de saúde mental. Os estudos de Andrade, Otani, Higa, Marin e Garcia (2017) e de Eslobão, Coimbra, Kantorski, Pinho e Santos (2017) reforçam esses achados e afirmam que a corresponsabilidade dos profissionais no cuidado em rede ocorre de forma fragmentada, sem o vínculo e diálogo necessário, explicitando a dificuldade dos serviços para o trabalho em rede.

A Portaria nº 3.088 (2011) institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e define que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) devem ser os responsáveis pela organização dessa rede, posicionando-se como referência para os demais serviços que atendem pessoas com transtorno mental. A RAPS necessita estar vinculada a todas as esferas da saúde (Ministério da Saúde, 2013a), e o CAPS é colocado como centro dessa rede por ser capaz de realizar a articulação com nível de atenção primária no acompanhamento das demandas dos pacientes e familiares e com ações de cuidado no território; bem como no acompanhamento dos pacientes nas unidades de internação hospitalar (Quinderé, Jorge, & Franco, 2014).

De acordo com Lima e Dimenstein (2016) na realidade brasileira, as equipes dos serviços de atenção primária, incluindo as equipes da Estratégia

de Saúde da Família, possuem resistências e fragilidades para o atendimento e para a corresponsabilização das pessoas com doenças mentais. Com a finalidade de apoiar tais equipes, a Política Nacional de Saúde Mental propõe a estratégia de Apoio Matricial, definida como um arranjo organizacional que viabiliza suporte técnico de áreas especializadas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica. Lima e Dimenstein (2016) descrevem os principais problemas encontrados no desenvolvimento do matriciamento em saúde mental em nível nacional e dentre eles, destacam-se: a fragilização da política da atenção básica, a diversidade de concepções e modelo de atuação, falta de suporte dos gestores e gerências dos serviços, pouca interferência na regulação dos fluxos na RAPS, falta de regularidade no processo de matriciamento e pouca presença do psiquiatra nessas ações.

As experiências exitosas de cuidado, de acordo com o que é proposto pelo modelo de atenção psicossocial, está alicerçada na composição de: vínculos potentes, participação do usuário como copartícipe no planejamento do seu cuidado e a atuação em parceria com outros serviços que compõem a rede de cuidados em saúde mental (Lima & Dimenstein, 2016).

Diante do novo modelo de atendimento em saúde mental proposto a partir da reforma psiquiátrica, torna-se necessária a utilização de estratégias para estimular reflexões sobre o trabalho desenvolvido. A partir desse estudo é sugerida a Educação Permanente como uma forma de melhorar a integração entre os membros e o processo de trabalho da equipe. A Educação Permanente possibilita a reflexão conjunta sobre o processo de trabalho e abrange aspectos que afetam, incomodam, mobilizam e movimentam gestores e trabalhadores em suas práticas cotidianas, bem como usuários, na utilização dos serviços (Meyer, Félix, & Vasconcelos, 2013).

A Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) considera que a capacitação de recursos humanos é o eixo central de um sistema de saúde de qualidade e descreve como fundamental uma política de formação e educação continuada que tenha a

universidade como o local privilegiado de formação e capacitação dos profissionais de nível técnico e superior que atuam na área (Ministério da Saúde, 2017).

Além dessa estratégia, o Ministério da Saúde propõe também a Supervisão Clínica-Institucional, definida como um trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissional com habilitação teórica e prática, que se reunirá com a equipe para acompanhar o trabalho e discutir questões relacionadas ao cuidado e à gestão (Severo, L'abbate, & Campos, 2014).

### Considerações finais

Os resultados desta pesquisa estão em consonância com seus pressupostos iniciais, em que se esperava a valorização do trabalho em equipe multiprofissional e como dificuldades, a pouca interação entre os seus membros e ausência do projeto terapêutico compartilhado com os pacientes.

A pesquisa evidencia que, mesmo sem ampla apropriação do conceito de PTS por parte dos membros da equipe, a prática de cuidado com os pacientes é realizada com base nos pressupostos do mesmo. A equipe reconhece que o trabalho realizado é alicerçado em um olhar ampliado para o paciente, sua família e seu contexto social.

Conclui-se que há aspectos que merecem maior atenção por parte dos gestores, como a ausência da continuidade do cuidado nos serviços de saúde após a alta hospitalar devido à fragilidade do cuidado em rede.

A organização do cuidado pela equipe de profissionais da unidade de internação pesquisada reforça que é possível desenvolver a atenção em saúde mental de acordo com as propostas da Política Nacional de Saúde Mental. Entretanto, são necessários investimentos dos gestores na capacitação dos profissionais de saúde e na utilização de estratégias que favoreçam a comunicação e integração dos profissionais. Além disso, é importante a continuidade do Projeto Terapêutico Singular após a alta hospitalar nos

demais serviços de saúde que compõem a RAPS, considerando que sem o trabalho em rede, não é possível garantir a integralidade das ações aos sujeitos.

### Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) Foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo mas não limitando-se a subvenções e financiamentos, conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc).

### Referências

- Andrade, A. C. M., Otani, M. A. P., Higa, E. F. R., Marin, M. J. S., & Garcia, V. C. (2017). Projeto terapêutico singular em uma unidade de internação psiquiátrica: aproximações e distanciamentos. *Atas Congresso Ibero Americano em Investigacion Cualitativa* (pp. 492-501). Salamanca, Espanha, 6. Recuperado de <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/viewFile/1242/1202>
- Associação Brasileira de Psiquiatria. (2014). *Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil*. Brasília: Autor. Recuperado de <http://www.abp.org.br/portal/wp-content/upload/2014/10/diretrizes.pdf>
- Bardin, L. (2012). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Ministério da Saúde (2003a). *A reforma Psiquiátrica e a política de saúde mental*. Recuperado de <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.html>
- Ministérios da Saúde. (2003b). *Programa de Volta Para Casa: apresentação*. Recuperado de <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/apresentacao.html>
- Ministério da Saúde. (2013a). *Conheça a RAPS Rede de Atenção Psicossocial*. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca\\_raps\\_rede\\_atencao\\_psicossocial.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf)
- Ministério da Saúde (2013b). *Política Nacional de Humanização*. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)

- Ministério da Saúde (2014). *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf)
- Ministério da Saúde (2015). *Cadernos HumanizaSUS: saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/saude\\_mental\\_volume\\_5.pdf](http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/saude_mental_volume_5.pdf)
- Ministério da Saúde (2017a). *Direitos das pessoas com transtornos mentais*. Recuperado de <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/direitos-das-pessoas-com-transtornos-mentais>
- Ministério da Saúde (2017b). *HumanizaSUS: diretrizes*. Recuperado de <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizasus/diretrizes>
- Campos, G. W. S. (2012). Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In M. Akerman, M. Drumond Júnior, G. W. S. Campos, Y. M. Carvalho, & M. C. S. Minayo (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 53-92). São Paulo: Hucitec.
- Carvalho, L. G. P., Moreira, M. D. S., Rézio, L. A., & Teixeira, N. Z. F. (2012). A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. *O Mundo da Saúde*, 36(3), 521-525. Recuperado de [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/construcao\\_projeto\\_terapeutico\\_singular\\_usuario.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/construcao_projeto_terapeutico_singular_usuario.pdf)
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz. Recuperado de <http://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>
- Dorigatti, A. E., Aguilár, M. L., Madureira, R. M., Fonseca, F. G., Campos, R. T. O., & Nascimento, J. L. (2014). Projeto terapêutico singular no âmbito da saúde mental: uma experiência no curso de graduação em medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(1), 113-119. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n1/15.pdf>
- Eslabão, A. D., Coimbra, V. C. C., Kantorski, L. P., Pinho, L. B., & Santos, E. O. (2017). Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(1), e60973. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170160973.pdf>
- Fiorati, R. C., & Saeki, T. (2012). Projeto terapêutico nos serviços extra-hospitalares de saúde mental: uma reflexão crítica sobre a forma de elaboração e gestão dos projetos terapêuticos nos serviços. *Saúde e Sociedade*, 21(3), 587-598. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/06.pdf>
- Kinker, F. S. (2016). A critical view on singular therapeutic projects. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 24(2), 413-420. Recuperado de <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1202/732>. doi: [10.4322/0104-4931.ctoARF0629](https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoARF0629)
- Lancetti, A., & Amarante, P. (2013). Saúde mental e saúde coletiva. In G. W. de S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior, & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (2a ed., pp. 661-680). São Paulo: Hucitec.
- Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)
- Lima, M., & Dimenstein, M. (2016). O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. *Interface*, 20(58), 625-635. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n58/1807-5762-icse-1807-576220150389.pdf>. doi: [10.1590/1807-57622015.0389](https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0389)
- Meyer, D. E., Félix, J., & Vasconcelos, M. F. F. (2013). Towards an education that moves like the tide and floods the everyday routines of healthcare services. *Interface*, 17(47), 859-871. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n47/aop4513.pdf>. doi: [10.1590/S1414-32832013005000033](https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000033)
- Minayo, M. C. S. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (13a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
- Quinderé, P. H. D., Jorge, M. S. B., & Franco, T. B. (2014). Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(1), 253-271. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00253.pdf>. doi: [10.1590/S0103-73312014000100014](https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014)

Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes de normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)

Severo, A. K. S., L'abbate, S., & Campos, R. T. O. (2014). A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. *Interface*, 18(50), 545-556. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n50/1807-5762-icse-1807-576220130520.pdf>. doi: [10.1590/1807-57622013.0520](https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0520)

Silva, A. H., & Fossá, M. I. T. (2015). Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualitas Revista Eletrônica*, 16(1), 1-14. Recuperado de <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>